

# Children's Day School Permissions Form – please complete one form/student

\_\_\_\_\_  
Child's name

\_\_\_\_\_  
Grade or class

\_\_\_\_\_  
Date

## Permission to Photograph

Your consent is required for CDS to use images of you and/or your child in any internal or external publications and/or videos. The images will not be used for any non-school related purposes.

\_\_\_ \_\_\_ I give permission for Children's Day School to use images of me and/or my child in all publications and (yes) (no) videos during the school year. I understand that it will not be used for any commercial purposes.

## Permission for Daily Medical Care

\_\_\_ \_\_\_ I authorize Children's Day School and its adult employees to administer Tylenol (acetaminophen) to the (yes) (no) above-named student on an as-needed basis.

\_\_\_ \_\_\_ I authorize Children's Day School and its adult employees to administer Ibuprofen (aka Motrin, Advil) to (yes) (no) the above-named student on an as-needed basis.

## Permission for Field Trip/Off-Site Education, Waiver & Indemnity Agreement

\_\_\_ \_\_\_ I give permission for my child to participate in all field trips organized and sponsored by Children's Day (yes) (no) School during the school year, which will be conducted off-campus in rented buses, vans, private cars, public transportation or by walking.

In consideration for permitting the above-named student to participate in the above described activities, I for myself, my child (and my spouse), as the parent or legal guardian of the student named above, hereby voluntarily release, discharge, waive and relinquish all claims that each may have against Children's Day School, its officers, agents and employees, arising out of or in any way related to the above described activities, including but not limited to claims for bodily injury, personal injury, emotional distress, property damage or wrongful death occurring to the student arising out of the stated activities, except to the extent such claims are covered by liability insurance presently maintained by Children's Day School.

The parent(s)/guardian(s) further agree that in the event any one of them makes a claim against Children's Day School, its officers, directors, trustees, employees or agents, arising out of or in any way related to the above described activity, including but not limited to a claim for bodily injury, personal injury, emotional distress, property damage and/or wrongful death arising out of or participation in the activity, then such student, parent and/or guardian shall defend, indemnify and hold harmless Children's Day School, its officers, directors, trustees, agents and employees from said claim(s).

## Consent for Emergency Medical Treatment

\_\_\_\_\_  
(initial) As the parent or authorized representative, I hereby give consent to Children's Day School to obtain all emergency dental or medical care prescribed by a duly licensed physician (MD), osteopath (DO) or dentist (DDS) for this child. This care may be given under whatever conditions are necessary to preserve the life, limb or well being of this child.

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian name (printed)

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian name (printed)

\_\_\_\_\_  
Parent/guardian signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Formulario de Autorización de Children's Day School**  
**Llene un formulario por alumno**

\_\_\_\_\_  
Nombre del alumno

\_\_\_\_\_  
Grado o Salón

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Autorización para Fotografiar**

Su consentimiento es requerido para que CDS use fotos de usted y/o su hijo(a) en cualquier publicación y/o video de índole interno o externo. Las fotos no se usarán para algún propósito no relacionado con la escuela.

\_\_\_ \_\_\_ Doy autorización para que Children's Day School use fotos mías y/o de mi hijo(a) en todas las (si) (no) publicaciones y videos durante el año escolar. Entiendo que no serán usadas para fines comerciales.

**Autorización para Cuidado Médico Cotidiano**

\_\_\_ \_\_\_ Doy autorización a Children's Day School y sus empleados adultos para que administren Tylenol (si) (no) (acetaminophen) al alumno listado arriba en base de cuando sea necesario.

\_\_\_ \_\_\_ Doy autorización a Children's Day School y sus empleados adultos para que administren Ibuprofen (si) (no) (conocido como Motrin, Advil) al alumno listado arriba en base de cuando sea necesario.

**Autorización para Excursiones/Educación fuera de la Escuela, Contrato de Renuncia y Absolución**

\_\_\_ \_\_\_ Doy autorización a mi hijo (a) para que participe en todas las excursiones organizadas y patrocinadas por (si) (no) Children's Day School durante el año escolar, las cuales serán conducidas fuera de la escuela en autobuses rentados, vans, autos particulares, transporte público y caminando.

En consideración de permitir que el mencionado alumno participe en las actividades descritas arriba, yo, para conmigo mismo, my hijo (y mi esposo/a), como padre de familia o guardian legal del alumno mencionado, por medio de la presente voluntariamente absuelvo y renuncio a cualquier demanda que cada uno de nosotros tenga contra Children's Day School, sus oficiales, agentes y empleados, debido a o relacionado con las actividades mencionadas arriba, incluyendo pero no limitándose a demandas por daño corporal, daño personal, pena emocional, daño de propiedad o muerte injusta que le ocurra al alumno a causa de las mencionadas actividades, con la excepción con las cuales estas demandas sean cubiertas por el seguro de riesgo y responsabilidad (liability) que actualmente Children's Day School mantiene.

Los padres de familias o guardianes responsables están de acuerdo además de que en el evento en que uno de ellos haga una demanda contra Children's Day School, sus oficiales, directores, fideicomisos, empleados o agentes, debido a o relacionado de cualquier manera a las actividades descritas arriba, incluyendo pero sin limitarse a demandas de daño corporal, daño personal, pena emocional, daño de propiedad y/o muerte injusta debido a su participación en tal actividades, entonces tal alumno, padres de familia y/o guardian defenderá, indemnizará y absolverá a Children's Day School, sus oficiales, directores, fideicomisos, agentes y empleados de tal demanda.

**Consentimiento para Trato Médico de Emergencia**

\_\_\_\_\_  
(iniciales) Como el padre de familia o representante autorizado, autorizo por medio de ésta a Children's Day School que obtenga todo el cuidado de emergencia dental o médico prescrito por un médico debidamente autorizado (MD), osteópata (DO) o dentista (DDS) para este niño(a). Este cuidado podrá ser dado bajo cualquier circunstancia que sea necesaria para salvar la vida, una extremidad o para el bienestar de de este niño (a).

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia

\_\_\_\_\_  
Fecha